

**Formulario de Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California  
para autorizar la divulgación de información médica/de salud**

265 Hegenberger Rd, Suite 100, Oakland, CA 94621  
PO Box 2280, Oakland, CA 94614  
Tel. (510) 633-0333 \* (888) 547-2054 \* Fax (510) 633-0215



Nombre: \_\_\_\_\_ N.º SS, N.º de ID DE CFAO o N.º UBC: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por medio de la presente autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud según se describe en esta autorización.

1. Persona, organización (*o clase de personas*) específica autorizada para **proporcionar** la información (p. ej., Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California):  
\_\_\_\_\_
2. Persona, organización (*o clase de personas*) específica autorizada para **recibir** la información: *<si es posible, anote el nombre, título/relación, dirección, fax, teléfono y dirección electrónica>*  
\_\_\_\_\_
3. **Descripción específica de la información a usar o a divulgar.** (Incluya las fechas según corresponda):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. **Propósito de la solicitud:** (Marque una opción)  
 A solicitud de la persona que firma este formulario.  
 Otro: \_\_\_\_\_
5. **Derecho a revocar la autorización:** Entiendo que esta autorización es voluntaria, y que tengo el derecho de revocarla en cualquier momento notificando (por escrito) al funcionario de privacidad a la siguiente dirección: 265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621. Entiendo que tal revocación solo entrará en vigencia después de que el funcionario de privacidad la reciba y registre. Entiendo que todo uso o divulgación que se hayan hecho antes de la revocación de esta autorización no se verán afectados por tal revocación.
6. Entiendo que después de que se divulgue esta información la ley federal podría no protegerla, y que el destinatario podría volverla a divulgar.
7. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y de la información que se describe en este formulario, si así lo solicito.
8. Entiendo que esta autorización vencerá:  
 Un año después de la fecha de esta autorización.  
 En la siguiente fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.
9. El Plan podría condicionar la inscripción en el plan o la elegibilidad para recibir los beneficios al recibo de la autorización antes de la inscripción, si la autorización tiene propósitos de determinaciones de aseguramiento o de clasificación de riesgos y no se relaciona con notas de psicoterapia.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**o bien,**

\_\_\_\_\_  
**Firma del representante personal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Si un representante personal firma este formulario, este representante certifica que tiene la autoridad de firmar el formulario de autorización basándose en:

- un formulario de representante personal firmado;  
 otro \_\_\_\_\_

**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE  
OF NORTHERN CALIFORNIA**

265 Hegenberger Road, Suite 100, Oakland, CA 94621  
PO Box 2280, Oakland, CA 94614  
Tel. (510) 633-0333 ✦ (888) 547-2054 ✦ Fax (510) 633-0215  
www.carpenterfunds.com



**Consentimiento para divulgar información**

Si usted desea autorizar a la Oficina del Fondo de Fideicomiso para que divulgue información sobre sus beneficios acumulados a otra persona, sírvase rellenar la siguiente sección:

---

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a la Oficina del Fondo de Fideicomiso a divulgar a la(s) persona(s) listada(s) a continuación información sobre mis beneficios acumulados en los siguientes fondos\* (marque todo lo que corresponda):

- Carpenters Pension Trust Fund for Northern California
- Carpenters Annuity Trust Fund for Northern California
- Carpenters Vacation & Holiday Trust Fund for Northern California
- Northern California Carpenters 401(k) Plan

Divulgar información o expedientes sobre mi(s) beneficio(s) acumulado(s) a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Código postal

(Para autorizar a más personas o entidades, adjunte hojas o formularios de solicitud adicionales de la Oficina del Fondo de Fideicomiso.)

Me gustaría que esta autorización venciera el \_\_\_\_\_. (Opcional)

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

N.º ID CFAO, N.º UBC o número de Seguro Social del participante: \_\_\_\_\_

---

\* Tenga en cuenta que Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California tiene requisitos específicos sobre las autorizaciones para divulgar información médica protegida. Si desea autorizar el acceso de alguna persona a la información de sus beneficios del Fondo de Salud y Bienestar (Health and Welfare Fund) comuníquese con la Oficina del Fondo de Fideicomiso para solicitar los formularios apropiados, o descárguelos de nuestro sitio web, [http://www.carpenterfunds.com/par\\_downloads.html#hw](http://www.carpenterfunds.com/par_downloads.html#hw).



## **GENERAL STATEMENT OF NONDISCRIMINATION: (DISCRIMINATION IS AGAINST THE LAW)**

The Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California (“Fund” or “Plan”) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. The Plan:

- a) Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- b) Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Pauline Hann, Civil Rights Coordinator.

If you believe that the Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with:

Pauline Hann, Civil Rights Coordinator  
Carpenter Funds Administrative Office of Northern California, Inc.  
265 Hegenberger Rd., Suite 100  
Oakland, CA 94621  
Telephone number: (888) 547-2054, Fax: (510) 633-0215  
Email: [benefitservices@carpenterfunds.com](mailto:benefitservices@carpenterfunds.com)

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Pauline Hann, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201  
1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**ATTENTION: FREE LANGUAGE ASSISTANCE**

This chart displays, in various languages, the phone number to call for free language assistance services for individuals with limited English proficiency.

Language	Message About Language Assistance
Spanish	ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1 (888) 547-2054. (TTY: 888-547-2054).
Chinese	注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-547-2054 ( TTY : 1-888-547-2054).
French	ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-547-2054 (ATS : 1-888-547-2054).
Italian	ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Hmong	LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Vietnamese	CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Persian	یہ امش ارباریہ ناگیہ ترصب نایز ہستیت لایہ نکی، دم وگ تنگ یسراف نایز ہب رگا: ہجوت بگیریہ نت ماس (1-888-547-2054) (TTY: 1-888-547-2054) اب یہ نشاب مہہ ارف
Hindi	ध्यान दा: याद आप हदी बोलते ह तो आपके िलए मुफ्त म भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध ह 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) पर कॉल कर
Tagalog	PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Navajo	D77 baa ak0 n7n7zin: D77 saad bee y1n7[ti'go Diné Bizaad, saad bee 1k1'1n7da'1wo'd66', t'11 jiiik'eh, 47 n1 h0l=, koj8' h0d77lnih 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Arabic	ذإفت امدخ فدع اسم لاقه وغل لارف اوتت كل ذ اجم لاب. لصت ا م قرب 1-888-547-2054 (مقر ف تا هصد لامك بلاو: 1-888-547-2054). عظ و ح ل م: ان ا ت نك ث دحت رك ذ ا اللغة،
Korean	주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054) 번으로 전화해 주십시오.
Thai	เตือน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).
Laotian	ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-888-547-2054 (TTY: 1-888-547-2054).